

GOVERNO MUNICIPAL DE NOVA CANTU - ESTADO DO PARANÁ**FICHA DO EMPREGADO (SERVIDOR PÚBLICO)****DADOS CARGO / DOCUMENTOS PESSOA FISICA**NOME (CERTIDÃO): ADMISSÃO / / CLASSE () EFETIVO - () COMISSIONADO - () TEMPORÁRIOCargo: Local / Trabalho: CPF: DATA NASCTO. / / Local: TITULO ZONA SEÇÃO PIS/PASEP CTPS Série: **DADOS ENDEREÇO / CONTATO**Endereço: Nº BAIRRO: CIDADE: EMAIL @ Fone: **DOCUMENTOS / DADOS PESSOAL / PROFISSIONAL**CNH Categoria: VALIDADE / / RESEVISTA REGIÃO Categoria: Profissional: Orgão: DATA EXP. / / NACIONALIDADE SEXO () M () F ESTADO CIVIL COR PELE CABELO OLHOS Escolaridade: DEFICIENTE () NÃO - () SIM CONTA SALARIO B.BRASIL Filiação: MÃE
PAI

Parentesco	DEPENDENTES	CPF	Cidade e Data Nasct.
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /

NOVA CANTU-PR, ____ de _____ DE _____.

ASSINATURA:

Declaração de Bens

Eu, _____, brasileiro,
_____ servidor público, inscrito no CPF sob o nº _____ e
residente e domiciliado à rua _____, declaro
para os devidos fins que até a presente data o meu patrimônio é constituído pelos bens arrolados a seguir:

- 1) _____ Valor: R\$ _____
- 2) _____ Valor: R\$ _____
- 3) _____ Valor: R\$ _____
- 4) _____ Valor: R\$ _____
- 5) _____ Valor: R\$ _____
- 6) _____ Valor: R\$ _____
- 7) _____ Valor: R\$ _____
- 8) _____ Valor: R\$ _____
- 9) _____ Valor: R\$ _____
- 10) _____ Valor: R\$ _____

Sendo o que havia a declarar e por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Nova Cantu/PR, ____ de _____ de 202__.

(assinatura, nome legível)

Obs: _____

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGO PÚBLICO

Eu _____

RG. Nº _____, Exp. _____ **declaro**, para fins de posse no cargo de servidor público no município de Nova Cantu, Estado do Paraná, que:

() **Não exerço** qualquer outro cargo público (função ou emprego em Entidades Federais, Estaduais ou Municipais), bem como Autarquias, Empresas Públicas ou de Economia Mista e em Fundações Públicas.

() **Exerço** o(s) cargo(s) público(s), função(es) ou emprego(s) abaixo:

- a) _____ cuja jornada de trabalho é de ____ às ____ horas.
b) _____ cuja jornada de trabalho é de ____ às ____ horas.
c) _____ cuja jornada de trabalho é de ____ às ____ horas.

Declaro, ainda, que tomei conhecimento do inteiro teor das normas abaixo transcritas e que estou ciente de que estarei sujeito às penalidades previstas em Lei, caso venha a incorrer em acumulação ilegal, durante o exercício do cargo para o qual fui empossado.

ART. 37 - CONSTITUIÇÃO FEDERAL

- XVI - "É vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários:
I. a de dois cargos de professor;
II. a de um cargo de professor com outro técnico ou científico;
III. a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas;"
- § 10 - É vedada a percepção simultânea de proventos de aposentadoria decorrentes do art. 40 ou dos art. 42 e 142 com a remuneração de cargo, emprego ou função pública, ressalvados os cargos acumuláveis na forma desta Constituição, os cargos eletivos e os cargos em comissão declarados em lei de livre nomeação e exoneração."

Art. 25 - CONSTITUIÇÃO ESTADUAL

XVI - é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto quando houver compatibilidade de horários, observados em qualquer caso o disposto no inciso XI:
(Redação dada pela Emenda Constitucional 7 de 24/04/2000)

- a) a de dois cargos de professor;
b) a de um cargo de professor com outro técnico ou científico;
c) a de dois cargos privativos de médico;

XVII - a proibição de acumular estende-se a empregos e funções e abrange autarquias, fundações e empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo Poder Público;
(Redação dada pela Emenda Constitucional 7 de 24/04/2000)

- Art. 11 - A vedação prevista no art. 37, § 10, da Constituição Federal, não se aplica aos membros de poder e aos inativos, servidores e militares, que, até a publicação desta Emenda, tenham ingressado novamente no serviço público por concurso público de provas ou de provas e títulos, e pelas demais formas previstas na Constituição Federal, sendo-lhes proibida a percepção de mais de uma aposentadoria pelo regime de previdência a que se refere o art. 40 da Constituição Federal, aplicando-se-lhes, em qualquer hipótese, o limite de que trata o § 11 deste mesmo artigo.

Art. 306 - Lei 6174 - 16 de Novembro de 1970

"A autoridade que tiver ciência ou notícia de irregularidade no serviço público estadual, ou de faltas funcionais, é obrigada, sob pena de se tornar co-responsável, a promover, de imediato, sua apuração."

Art. 123 - Lei 6174 - 16 de Novembro de 1970

"A vacância do cargo decorrerá de:

- d) acumulação legal, desde que, no ato de provimento, conste esta circunstância."

Nova Cantu/PR, aos _____ de _____ de 202__

Declarante

TERMO DE DESISTÊNCIA TEMPORÁRIA
(FINAL DA FILA)

Eu, _____, _____,
_____, _____, inscrito (a)
no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado(a) à
_____, na cidade de
_____ - _____, candidato(a) classificado(a)
no _____ - Edital nº _____ classificado(a) em
_____ lugar para o provimento do cargo de _____
da Prefeitura Municipal de Nova Cantu/PR, conforme resultado final homologado em
_____, venho pela presente **declarar**, por este ato,
que renuncio à minha classificação no certame, passando a me posicionar em último
lugar na lista dos classificados do cargo para o qual concorri.

Nova Cantu/PR, ____ de _____ de 20____.

(nome)

TERMO DE DESISTÊNCIA TEMPORÁRIA

Eu, (nome), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), inscrito(a) no CPF sob o nº (informar) e no RG nº (informar), residente e domiciliado(a) à (endereço), na cidade de (informar) - (UF), candidato(a) aprovado(a) no Concurso Público - Edital nº (informar), classificado(a) em (informar) lugar para o provimento do cargo de (informar) do(a) (nome do órgão), conforme resultado final homologado em (data), venho pela presente declarar, por este ato, que renuncio à minha classificação no certame, passando a me posicionar em último lugar na lista dos classificados do cargo para o qual concorri.

(município) - (UF), (dia) de (mês) de (ano).

(assinatura)

(nome)

EXAME ADMISSIONAL – FICHA CLINICA

1.Dados Pessoais	
Nome:	Data nascimento:
Nome da Mãe	CPF
Cargo:	RG / órgão emissor/
Endereço atual:	

Esta ficha clínica foi elaborada para seu exame admissional e servirá como base para os futuros exames periódicos oferecidos pela instituição. Todas as informações aqui contidas serão tratadas com o sigilo devido. A essas informações terá acesso apenas a equipe de saúde desta instituição. Por favor, preencha as questões dos itens de 1 a 4 antes da consulta com o médico. Isso agilizará seu exame admissional.

2.Revisão de Hábitos				
Tabagismo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> ex-tabagista há quanto tempo? []	Cigarros/dia [] Por quantos anos? []
Exercício físico	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
	<input type="checkbox"/> Irregularmente. Regularmente <input type="checkbox"/> < 150 minutos/semana <input type="checkbox"/> ≥ 150 minutos/semana			
Ingere bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	doses/semana* []	Por quantos anos? []
Caso ingira álcool, favor preencher o questionário AUDIT em anexo				
Outros hábitos / uso de drogas				

3.História Familiar (parentes até 2º grau) - especificar doença e relação de parentesco.
<input type="checkbox"/> Câncer (próstata < 60 anos, mama, cólon, reto, ovário)
<input type="checkbox"/> Outros cânceres
<input type="checkbox"/> Infarto ou AVC (“derrame”) (homens antes dos 55 e mulheres antes dos 65):
<input type="checkbox"/> Doenças neurológicas, Mentais ou Psiquiátricas (incluir quadros demenciais)
<input type="checkbox"/> Glaucoma:
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus:
<input type="checkbox"/> Doença renal (diálise)
<input type="checkbox"/> Outras doenças recorrentes na família:

4.História Patológica e Int. Sistêmico - especificar doenças ativas e já resolvidas
Internações hospitalares <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N, Cirurgias <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ou Transfusão sanguínea <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N: (especificar motivos e época)

EXAME ADMISSIONAL – FICHA CLINICA

Doenças / Tratamentos	
Sistema Circulatório (Cardiovascular):	
Hipertensão Arterial (HAS) [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim	Trombose/ Embolia [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim
Em tratamento regular: [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim	Em tratamento regular: [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim
Isquemia / Infarto / Angina pectoris [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim.	Outras doenças cardiovasculares [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim
Quando? Cite:	[<input type="checkbox"/> ativo [<input type="checkbox"/> passado Cite:
	Quando? _____ Em tratamento regular: [<input type="checkbox"/> S [<input type="checkbox"/> N

Sistema Digestório :	
Esôfago / Estômago / Fígado [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim	Colon /Reto / Ânus [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim
Em tratamento regular: [<input type="checkbox"/> S [<input type="checkbox"/> N	Em tratamento regular: [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim
Cite:	Cite:
Última consulta ao dentista [<input type="checkbox"/> Há menos de um ano [<input type="checkbox"/> Há mais de um ano	

Sistema Endócrino (hormonal):	
Diabetes Mellitus [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim	Alterações de Tireoide: [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim
Em tratamento regular: [<input type="checkbox"/> S [<input type="checkbox"/> N	Em tratamento regular: [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim
Obs.:	Cite:

Sistema Imunitário/ Doenças infecciosas:	
Alergias (a medicamentos, alimentos, contato, respiratória) [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim Em tratamento regular: [<input type="checkbox"/> S [<input type="checkbox"/> N Cite:	
Doenças Autoimunes [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim Em tratamento regular: [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim Cite:	
Doenças infecciosas crônicas (Hepatites, HPV, VIH, outras) [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim Em tratamento regular: [<input type="checkbox"/> S [<input type="checkbox"/> N Cite: _____ [<input type="checkbox"/> Prefiro NÃO especificar.	
Imunizações (vacinações): Vacinação completa, segundo calendário vacinal para adulto? [<input type="checkbox"/> sim [<input type="checkbox"/> não (ver anexo) [<input type="checkbox"/> não sei informar	

Sistema Locomotor (músculos, tendões, ossos, articulações, coluna)	
[<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim Em tratamento regular: [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim Cite:	
DOR CRÔNICA [<input type="checkbox"/> Sim [<input type="checkbox"/> Não Em tratamento regular: [<input type="checkbox"/> S [<input type="checkbox"/> N Cite:	
Deficiência física (motora)	

Sistema Nervoso (Cérebro, tronco cerebral, pares cranianos, medula neural, nervos periféricos)	
[<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim Em tratamento regular: [<input type="checkbox"/> S [<input type="checkbox"/> N Cite:	

Condições Psicológicas ou Psiquiátricas	
<i>Já fez tratamentos psicológicos ou psiquiátricos, já foi encaminhado por profissionais de saúde para tratamentos psicológicos ou psiquiátricos, já sentiu a necessidade de fazer tratamentos psicológicos ou psiquiátricos?</i>	
Psicológico [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim Em tratamento regular: [<input type="checkbox"/> S [<input type="checkbox"/> N	Psiquiátrico [<input type="checkbox"/> Não [<input type="checkbox"/> Sim Em tratamento regular: [<input type="checkbox"/> S [<input type="checkbox"/> N

EXAME ADMISSIONAL – FICHA CLINICA

Sistema Tegumentar (pele, cabelos, pelos, unhas)	
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N- Cite:
<input type="checkbox"/> Tatuagem?	

Sistema Urinário e Reprodutivo:	
Rins / Vias urinárias (ureteres, bexiga, uretra) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Cite:	Ginecológico <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Cite: _____ <input type="checkbox"/> Prefiro NÃO especificar.
Aparelho reprodutivo masculino <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Cite: <input type="checkbox"/> Prefiro NÃO especificar.	

Visão / Audição	
Algun problema de visão? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Usa Correção visual? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Cite:	
Algun problema de audição? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Usa aparelho? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Cite:	

Sistema Respiratório, nariz, orelhas e garganta	
Pulmões/ Brônquios <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Cite:	Nariz, orelhas, garganta, seios nasais <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Cite:
Outros: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Em tratamento regular: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Cite:	

USO DE MEDICAMENTOS
Uso Regular ou frequente de Medicamentos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: Quais?

() Autor **apto** para exercer as atividades laborais.

() Autor **inapto** para exercer as atividades laborais.

Obs: _____

Nova Cantu/PR, ____ de _____ de 202__.

Carimbo e Assinatura =>



Governo Municipal de Nova Cantu/PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO PESSOAL - RH

DECLARAÇÃO DE DESISTÊNCIA DE VAGA

Eu, _____,
nacionalidade _____, estado civil _____, residente e
domiciliado(a) _____, nº _____, Bairro
_____, município de _____, estado de _____, RG nº
_____; CPF nº _____, candidato(a) aprovado(a) no
Concurso Público do Município de Nova Cantu Estado do Paraná – nº 01 / 2023, Edital de
Abertura 01/2024, classificado(a) em _____ lugar para o provimento da vaga e Cargo de:
_____, conforme Edital 07/2024 Resultado Final e Homologado em 08 de
abril de 2024; venho pela presente, **declarar**, formal e definitivamente, **a minha desistência**
à vaga referente ao Edital de Convocação nº ____/_____, publicado no Diário Oficial do
Município de Nova Cantu/PR.

Nova Cantu, Estado do Paraná, ____ de _____ de 202__.

Assinatura do(a) candidato(a)